

MRI問診票

ID

氏名

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 性別

診療科

安全に検査を行うために以下の問診にお答え下さい。

問診の結果によっては、身体的安全性を考慮し検査を中止することがありますので、ご了承下さい。

・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を装着していますか？	はい・いいえ
・人工内耳、耳小骨を埋め込んでいますか？	はい・いいえ
・脳深部刺激装置、神経刺激装置を装着していますか？	はい・いいえ
・今までに手術、治療などで金属の埋め込みや使用がありますか？	はい・いいえ
脳動脈瘤クリップ・心臓人工弁・ステント・塞栓用コイル・ 静脈フィルタ・人工骨頭・人工関節・内視鏡クリップ その他()	
・現在以下に該当するものはありますか？	はい・いいえ
義眼・義歯・インプラント義歯・コンタクトレンズ・補聴器 その他()	
・閉所恐怖症(狭いところが苦手)ですか？	はい・いいえ
・刺青をしていますか？	はい・いいえ
・女性の方へ、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ
・現在の体重は？	()kg

また、以下のものは検査室に持ち込めません。破損したり、使用できなくなる可能性があります。

検査前に必ず取り外して下さい。

- ① 時計、携帯電話、磁気カード(銀行カード、クレジットカードなど)
- ② マスカラなど化粧、ヘアピン、アクセサリ(ネックレス、ピアス、指輪など)
- ③ 保温下着(ヒートテックなど)
- ④ 湿布、エレキバン、カイロ
- ⑤ その他、金属を含むもの(メガネ、かつら、小銭、鍵など)

記入日 令和 年 月 日

本人もしくは記入者氏名 代理人の場合 続柄()